令和　　年　　月　　日

神奈川県立 鎌倉支援学校長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　校長名

**センター的機能に関わる職員派遣について（依頼）**

標記の件につきまして、担当職員の派遣についてご配慮くださるよう、お願い申し上げます。

記

１　日時　　　　令和　　　年　　　月　　　日　（　　）　　　　：　　　～　　　：

２　場所

３　派遣職員　　選択してください

　　　　　　　　選択してください

４　内容　　　　（例）児童・生徒の教育相談（授業観察、個別相談等）

　　　　　　　　　　　職員研修の講師依頼　　　・・・・・など

問合せ先

（例）支援教育コーディネーター　等

　　〇〇　〇〇

（　　　）　　　―